

<b>Patient:</b>		<b>Telefonnr.:</b>	<b>Fax:</b>
		<b>Handy:</b>	<b>Email:</b>
<b>geb.</b>	<b>Straße:</b>	<b>Postleitzahl/Ort:</b>	
<b>Wie sind Sie bevorzugt erreichbar?</b> <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Handy <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Email			
<b>Möchten Sie am Tag vor Ihrem vereinbarten Termin per SMS erinnert werden:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Versicherter: (nur wenn von oben abweichend)</b>		<b>Straße:</b>	<b>Tel.:</b>
<b>geb.</b>		<b>Postleitzahl/Ort:</b>	
<b>Krankenkasse:</b>		<b>Beruf:</b>	<b>Arbeitgeber/Anschrift/Telefon</b>
Bei Anspruch auf <b>Pflegegrad</b> (gem. § 15 SGB XI) oder <b>Eingliederungshilfe</b> gem. (§ 53 SGB XII) erhalten Sie zusätzliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, liegt ein solcher Anspruch vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Pflegeperson / Pflegeeinrichtung
<b>Recall-Service – Erinnerung an Vorsorgetermine:</b> Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen und bin damit einverstanden, dass die Erinnerungen entweder per Email, telefonisch, bei persönlicher telefonischer nicht Erreichbarkeit per Anrufbeantworter oder wir lassen Ihnen ggf. eine Nachricht über die Person übermitteln, die am Telefon ist (z. B. Ehepartner, Eltern, Kinder). Ich möchte den Recall-Service und bin mit der oben genannten Form einverstanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Teilnahme am Recall kann jederzeit widerrufen werden.			

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung erbitten wir folgende Angaben. Alle Angabe sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Allergien	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	welche? _____
Lactoseunverträglichkeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Rheuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Atemwegserkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Osteoporose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Osteoporose-Medikamente	wenn ja, welche, z. B. Prolia <input type="checkbox"/>   Biphosphonate <input type="checkbox"/>   andere? _____		
Anfallsleiden (Epilepsie)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Herzklappenerkrankung od. -transplantat	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Herzerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	welche? _____
Blutdruck	normal <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	niedrig <input type="checkbox"/> _____
Durchblutungsstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Erkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Immunmangel-Syndrom (AIDS)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Infektionskrankheiten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Krankheiten, Vorerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Schwangerschaftswoche? _____ oder Stillen Sie? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	welche? _____
Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Leiden Sie an Mundgeruch?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Hatten Ihre Eltern/Großeltern Parodontitis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	und dadurch Zähne verloren? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wurden Sie empfohlen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	von wem? _____

Behandelnder Hausarzt/Anschrift \_\_\_\_\_

Bitte bestimmen Sie Ihren Angstfaktor beim Zahnarzt

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gering					hoch					

**Praxisinterne Hinweise:**

- Sie sollten sich unter dem Einfluss einer lokalen Betäubung (Spritze) dem Straßenverkehr fernhalten. Sollten Sie unter ihrer Einwirkung einen Unfall erleiden, so müssen wir dafür eine Haftung ablehnen.
- Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. **Wir behalten uns vor, reservierte Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, in Rechnung zu stellen.**
- Bei Beginn einer Zahnersatzbehandlung ist die Hälfte der veranschlagten Kosten als Anzahlung fällig. Der verbleibende Restbetrag wird nach Abschluss der Behandlung fällig, oder es müssen vorher schriftlich abweichende Zahlungsvereinbarungen getroffen werden.
- Informationen zur Datenverarbeitung gem. Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) liegen in unserer Praxis an der Rezeption aus.
- Der Gerichtsstand ist Passau
- **Für Kassenpatienten ist wichtig:**  
Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn beigebracht, erfolgt die private Rechnungsstellung.
- **Für Privatpatienten:**  
Über die Beihilfefähigkeit der Beihilfestellen, bzw. der Erstattungsfähigkeit der Versicherungen oder gesetzlicher Krankenkassen der berechnungsfähigen Gebührennummern kann keine Gewähr übernommen werden. Dies betrifft auch zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, die berechnungsfähig sind aber möglicherweise von den einzelnen Erstattungsstellen, Krankenkassen, Beihilfestellen und Versicherungsträgern als nicht beihilfe- oder erstattungsfähig in deren Leistungs- und Erstattungskatalog vorgesehen sind.

Passau, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter